

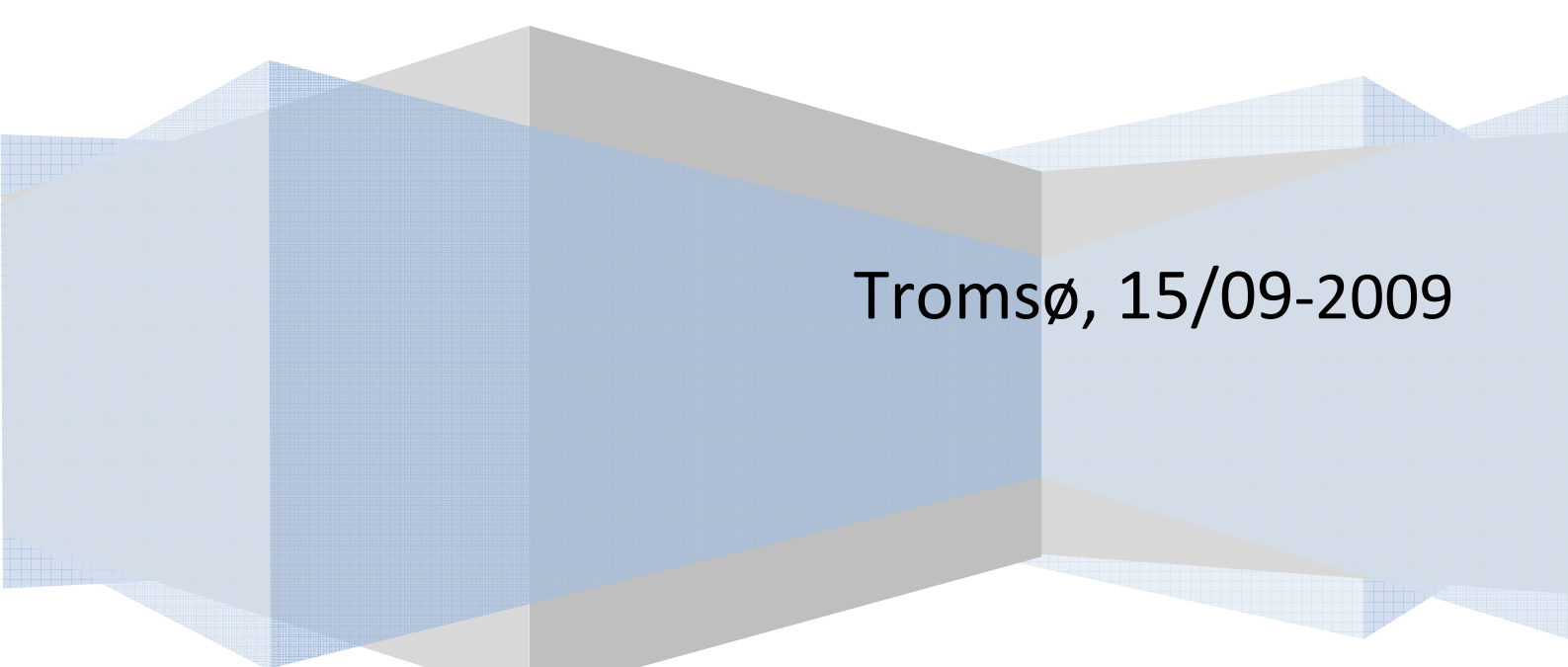
**5-års oppgave i stadium IV, profesjonsstudiet i medisin ved
universitetet i Tromsø**

Mayakvinner og legetilfredshet i Solola, Guatemala.

En kvalitativ analyse.

Mari Elisabeth Sandberg, MK-04

Veileder: Nils Kolstrup, Skansen Legekontor, ISM UiTø.



Tromsø, 15/09-2009

Innholdsfortegnelse

Abstrakt.....	3
Introduksjon.....	4
Materiale.....	6
Metode.....	8
Resultat.....	9
Mayakvinner og legetilfredshet.....	10
Kvinner versus menn.....	15
Maya/Ladino.....	17
En god lege.....	20
Diskusjon.....	22
Konklusjon.....	27
Referanser.....	29

Legetilfredshet blandt mayakvinner i Solola, Guatemala.

Abstrakt

Målsetting

Få et inntrykk av mayakvinneres legetilfredshet i to ulike landsbyer rundt Solola, Guatemala.

Metode

Kvalitativ analyse av 8 fokusgruppeintervjuer samlet i 2003, disse ble nå kodet og analysert ved hjelp av forskningsprogrammet NVivo 7.

Geografisk område

San Andrés Semetabaj og San Jorge La Laguna, Solola, Guatemala.

Deltagere

Et utvalg av 42 mayakvinner i fertil alder deltok i fokusgrupper. Deltagerne ble valgt ut av lokale innbyggere og trent medisinsk personell fra de aktuelle landsbyene og representerte ulike religiøse grupper innenfor maya befolkningen, alle med Kaqchiquel opprinnelse. Intervjuene ble gjennomført høsten 2003, hovedsakelig på Kaqchiquel¹ og enkelte på spansk.

Nøkkelord

Legetilfredshet i Guatemala, mayakvinneres syn på hvilken legebehandling de oppnår og deres meninger om behandling av kvinner i forhold til menn og ladinos.

Resultater

Alle mayakvinnene hadde barn og de fleste tilhørte katolsk tro. Gjennomsnittsalderen var 32 år, mens gjennomsnittlig utdanning var 3.95 års grunnskole.

Flertallet av kvinnene fortalte om en dårlig opplevelse fra tidligere lege eller sykehusbesøk. Enten refererte de til egne erfaringer eller de gjenfortalte historier fra familiemedlemmers legebesøk. Som en motsetning rapporterte derimot mange at de var fornøyde med sitt forrige legebesøk. Gjennomgående var ønsket om kurative medisiner, god og omsorgsfull behandling fra legen og viktigst legetjenester uten for store økonomiske omkostninger. De som var misfornøyde med siste legesamtale eller sykehusopphold rapporterte om å bli forskjellsbehandlet av leger fra ladinos. De merket også sterkt undertrykking og nedlatende

¹ Et av flere stammespråk i Guatemala.

holdninger ovenfor sin etniske identitet og dårlige økonomi. Mayakvinnene måtte ofte betale et ekstra pengebeløp til fastlønnede leger for å bli hørt, og kommunikasjonen foregikk på høflig tiltale. Kvinnene antok at menn fra mayabefolkningen ville bli behandlet på lik linje som dem selv, men føle seg tryggere i kommunikasjon med legen pga lik kjønnsidentitet.

Konklusjon

Mayakvinnenenes dårlige økonomi ble en unnskyldning for ikke å oppsøke lege, samtidig en reel hindring for mange. De ønsket sterkt å benytte seg av dagens vestlige medisin og legenes spesialistkunnskaper, men en skepsis til at de ikke ville bli behandlet med respekt og verdighet hindret dem i å ha full tillit til helsevesenet. Bak sin tradisjonelle klesdrakt og sine dårlige spanskkunnskaper sitter en mindreverdigfølelse i forhold til ladinos. Kvinnene kritiserte legen og helsevesenet fordi de bidro til å forsterke disse følelsene. Dog aner en optimisme når mange av kvinnene rapporterte sitt forrige legebesøk som positivt, men møtet mellom vestlig og tradisjonell kultur har ennå langt igjen å gå.

Introduksjon

Guatemala består av to etniske grupper. De innfødte mayaene, hvor det finnes minst 20 forskjellige stammer med hvert sitt språk og ladinos² som snakker spansk. Mange mayaer kler seg i tradisjonelle drakter mens ladinos kler seg i vestlige klær (1). De to populasjonene er nesten lik i størrelse, men mayabefolkningen har høyere analfabetisme og er sosialt og økonomisk mer ekskludert fra det moderne samfunn enn ladinos (2).

Guatemala har en lang og voldelig historie (3,4) med en blodig borgerkrig mellom de to etniske gruppene og tidvis undertrykking av mayabefolkningen. Borgerkrigens fredsavtale ble signert i 1996 (5), men forskjellen mellom de to etniske gruppene er fremdeles meget tydelige.

Når det gjelder helsevesenet er det en mulig forskjell i den medisinske behandling som blir gitt til ladinos og mayaer (6,7). Forskning har vist at mayabefolkningen benytter seg mindre av helsetilbud relatert til svangerskap og fødsel enn ladino befolkningen og at dette ikke alene kan forklares ut fra deres økonomiske status eller tilgjengelighet til helsestasjoner/sykehus. Mulige årsaker er kulturelle forskjeller som skaper ulike forventninger til hvordan en lege burde behandle dem (6).

² Personer av blandet indiansk og spansk herkomst.

Mor - og spebarnsdødeligheten i Guatemala er den høyeste i Mellom – Amerika og andelen av fødsler på sykehus er den laveste. 13.6 % av alle fødsler hos mayaer foregår på sykehus, mens det tilsvarende tall for ladinos er 35.1 % (7).

Antallet kvinner som møtte til svangerskapskontroller i 2001, altså to år før intervjuene ble gjort var svært lavt i Mellom – Amerika. Bare 59.5 % av gravide kvinner i Guatemala fulgte et svangerskapsprogram (8).

Ulike endringer i svangerskapskontroller er gjennomført for å snu den negative trenden bl.a ved å trene ansatte ladinos til å behandle pasienter med vennlighet og respekt (7).

INCAP publiserte i 1993 en rapport hvor det ble foreslått at obstetriske pasienter motsatte seg innleggelse på sykehus bl.a. pga at de fikk dårlig behandling av de ansatte (9).

To år senere ble det vist at opplæring av sykehusansatte til bedre håndtering og kontakt med pasienter resulterte i flere henvisninger, større pasienttilfredshet og forbedret resultat av fødsler (10).

Flere artikler belyser tiltak for forbedring av helsetilstanden til Guatemalas befolkning, bl.a ved økt investering i personell, utstyr og medisin (11), bedre opplæring og opplysning til jordmødre for å snu negative holdninger til sykehus (12), og seminarer for leger og trening av jordmødre for å redusere mødre og –barnedødeligheten (6). Et felles dilemma er hvordan inkludere de innfødtes tradisjoner og kultur i vestlig struktur slik at helsesystemet innfrir deres forventninger.

Antropologen Bruce Barrett argumenterer for hvor viktig det er å skjønne hvordan utenforstående hjelpeprogrammer påvirker andres liv. Derfor skal man som medisinsk antropolog være kritisk til standard vestlig vitenskap i disse programmer og heller anbefale at programmene eksplisitt tilpasses mottakerens verdisyn med hensyn til ideologi, metodologi og teoretisk rammeverk (13).

For å få flere til å benytte seg av helsetilbudene må en forbedre kvaliteten på de tjenester som gis istedenfor å bygge flere helsestasjoner og bekjempe såkalte kulturelle barrierer (11). Nicole Berry derimot tror problemet ligger i de store kulturforskjellene og mangel på gjensidig forståelse mellom helsevesenet og mayabefolkningen innenfor vestlige og tradisjonelle systemer (5).

Hensikten med denne studien var derfor å se på hvordan mayakvinner i fertil alder har opplevd behandling av helsevesenet og hva de assosierte med en god og en dårlig lege. I tillegg ønsket vi å finne ut om mayakvinner mente at leger behandler kvinner forskjellig fra menn og mayaer forskjellig fra ladinos.

Materiale

Geografisk område

Fra september til november måned i 2003 ble 8 fokusgrupper intervjuet av Nils Kolstrup og hans forsker team. Dette var i to landsbyer ved Panajachel som ligger i sentral Guatemala.

San Andrés Semetabaj

San Andrés Semetabaj er en landsby med 3000 innbyggere (14). Store deler av befolkningen får maten sin fra jordbruk. De dyrker hovedsakelig mais og bønner enten på egen landjord eller åkerstykker de har leid av småbønder. Innbyggerne får penger fra salg av kunst og håndverk eller arbeide hvor mennene reiser til turistområder som Panajachel, 8 km fra landsbyen, Guatemala city, 100 km unna, men også til Amerika.

Landsbyen har to barneskoler, en ungdomsskole og en lærerskole. Det er sterk rivalisering mellom de ulike religiøse sektene med protestantisk og katolsk bakgrunn, dette fordi det finnes tolv ulike religiøse sekter, hver med sitt bedehus i landsbyen. Rundt 50 % av innbyggerne er katolske, resten hører til en av de mange protestantiske sektene. 95% av befolkningen er av Kaqchiquel opprinnelse.

I den sentrale del av San Andres Semetabaj med et innbyggertall på ca. 2000 er Kaqchiquel et språk som i San Andres snart bare blir forstått og brukt av de eldre. Nesten ingen under 20 år snakker språket. Derimot går alle kvinner i tradisjonelle mayadrakter og det gis undervisning i Kaqchiquel som en del av pensum på barneskolen. Derfor er der en sterk følelse av maya identitet på tross av at språket langsomt forsvinner i alle tilfeller som befolkningens første språk.

Landsbyen har ingen lege, men det finnes et helsesenter med autorisert sykepleier. Det oppstår ofte problemer p.g.a. dårlig tilgang på medisiner. De fleste av innbyggerne bruker

privatpraktiserende leger i Panajachel. Solola regionale sykehus er deres nærmeste sykehus, ca 250.000 personer sogner til dette sykehuset (14).

San Jorge La Laguna

San Jorge La Laguna er en landsby som sogner til Solola kommune, den ligger mellom Panajachel og Sololá med en avstand på ca 4 km til hver by. Landsbyen har en voldelig og turbulent forhistorie. Innbyggertallet var i år 2002 ca 800. Der finnes lite land egnet for jordbruk, derfor har ikke innbyggerne her samme blandet økonomi som menneskene i San Andres Semetabaj. De er avhengig av pengene de tjener ved å jobbe som håndverkere i naboområder, i hovedstaden eller i USA.

Landsbyen har en barneskole, religionen som dominerer er katolisme (klassisk og karismatisk), mens 15% av populasjonen er evangelisk protestantisk.

Tilnærmet 100% av innbyggerne er av Maya Kaqchiquel opprinnelse. Kulturen bærer sterkt preg av Kaqchiquel. En finner ikke spansk som førstespråk hos noen, men nesten alle menn forstår og snakker spansk, derimot svært få kvinner og små barn. Alle kvinnene bærer tradisjonelle drakter.

Landsbyen har ikke egen lege, men i San Jorge ligger helsestasjonen med en ansatt faglært kvinne. De fleste menneskene med tilstrekkelig økonomi går til private leger i Solola eller Panajachel. Alle benytter seg av Solola Sykehus.

Rekruttering av deltagere til fokusgruppene

I San Andres ble mayakvinnene rekruttert av en lokal kvinne som kjente til alle og hadde flere venner i landsbyen. Alle forespurte kvinner var i fertil alder mellom 18 og 45 år og hadde barn.

I San Jorge ble innsamlingen gjort av trent medisinsk personell som hadde organisert landsbyen i 20 nabogrupper og hadde personlig kjennskap til alle innbyggerne. Med unntak av enkelte rike beboere levde innbyggerne i samfunnene under svært like kulturelle og sosiale kår, den største forskjellen fant en innenfor religion. En rekrutterte derfor personer fra flere forskjellige religiøse grupper.

Metode

Det var viktig at kvinnene følte seg komfortable til å snakke fritt. Langvarig undertrykkelse av mayafolket og borgerkrig fra 1960 til 1996 har resultert i en frykt for å snakke oppriktig med fremmede. En forsøkte å samle små fokusgrupper med kvinner som følte seg trygge på hverandre. Ingen menn eller fremmede deltok i gruppen. To lokale kvinner ble derfor opplært til fungerende veiledere. De to kvinnene jobbet i team hvor en av dem hadde ansvar for å være veileder, mens den andre var administrator og betjente båndopptakeren. Som bekreftelse til kvinnene i fokusgruppene på at de deltok i offisielt forskningsarbeid, og hjelp til en av veilederne som ikke kunne lese godt, ble et lydbånd med en muntlig utgave av presentasjonen og intervjuguiden spilt inn. Dette ble brukt som supplement.

Intervjuene var på spansk og Kaqchiquel, slik kunne fokusgruppen selv bestemme hvilket språk de ville benytte før samlingen. Det ble forsøkt å samle grupper med kvinner som snakket samme språk. Etter hver fokusgruppe skrev sekretæren og den som intervjuet en rapport fra fokusgruppen og en muntlig debriefing ble gjennomført.

Oversettelsen av intervjuene fra Kaqchiquel til Spansk ble utført umiddelbart etter hver fokusgruppe. Disse ble oversatt av to uavhengige medlemmer fra gruppen som etter hvert utarbeidet en offisiell utgave til bruk for videre analysering. Intervjuene tatt opp på spansk ble derimot bare transkribert en gang, men utskriften ble kontrollert for feil av et annet gruppemedlem.

Alle intervjuer ble deretter midlertidig analysert og utdypet. Medlemmene av forskningsgruppen diskuterte intervjuene på bakgrunn av mayakvinnenes og samfunnets sosiale og historiske omstendigheter. Slik fikk Nils Kolstrup et mer sammensatt bilde av innholdet og bedre forståelse for hva som ble sagt i fokusgruppene. Dette var spesielt viktig i situasjoner hvor en ordrett analyse ikke kunne forklare følelsene og underliggende mer subtile kulturelle forståelser som lå bak ulike utsagn.

Analysen ble gjort av hele gruppen. The Long–Table Approach av Ricard A. Krueger og Maria Anne Casey ble brukt som praktisk guide for fokusgruppearbeid (15). Denne var mindre teknologisk og tillot større diskusjonsfrihet i gruppen. Slik fikk også Nils Kolstrup et større innblikk i kulturell bakgrunn for bruk i analysen.

Analyseverktøy

Min oppgave var å analysere de 8 fokusgruppene med til sammen 42 kvinner ved hjelp av det kvalitative forskningsprogrammet NVivo 7. Dette er et program for håndtering av større mengder kvalitative data. Forskningsmaterialet som foreligger på spansk ble limt direkte inn i NVivo 7, så ble intervjuene kategorisert og kodet på norsk under ulike tema som har brakt frem følgende resultater. Denne analysen går ut fra transkripsjonene og mindre fra diskusjonene rundt intervjuene som ble gjort av Nils Kolstrup og hans team i 2003. Siden materialet inneholder direkte tale har jeg latt sitatene være autentiske.

Resultat

Presentasjon av forskningsdeltakerne

De demografiske spørsmålene inkluderte alder, sivil status, antall barn og barnas alder samt utdanning, språk og religion.

Mayakvinnernes alder varierte fra 21-53 år. De fleste var gift og hadde i gjennomsnitt 4 barn, hvorav 34 av dem hadde barn som var 3 år eller mindre.

16 av 42 kvinner hadde 6 års skolegang, 18 kvinner hadde gått mellom 1-5 år på skolen, 6 kvinner hadde ingen skolegang og 2 kvinner hadde ikke svart på dette spørsmålet.

Gjennomsnittlig utdanning ble beregnet til 3.95 grunnskoleår.

Flest tilhørte katolsk tro, mens resterende var evangelister, renovación, mormona eller asamblea. Kaqchiquel var dominerende morsmål, et fåtall av kvinnene snakket bare spansk, mens noen kvinner kunne begge språkene.

Under fokusgruppen ble kvinnene spurt om å fortelle fra sitt forrige legebesøk.

De ble spurt om å nevne grunnen til at de oppsøkte lege, om besøket var ved et legekantor eller sykehus og om legen var ladino. I forhold til selve konsultasjonen, ble de forespurt om ventetid, hvilke råd kvinnene fikk av legen, og om de fulgte disse. I tilknytning til møtet med legen skulle kvinnene vurdere om konsultasjonen var bra, om de måtte betale mye og hvilket inntrykk de fikk av legen.

En fikk hovedsakelig inntrykk av at de fleste kvinner var fornøyde med sin siste legekonsultasjon.

I tillegg til å fortelle om en positiv konsultasjon, hadde alle en tidligere opplevelse fra sitt eller familiemedlemmers liv, som preget dem i deres syn på legen. Da var hindringer som økonomi, kommunikasjonsvansker og usikkerhet i forhold til vestlig medisin og dens praksis fremtredende. Denne usikkerheten resulterte ofte i skuffelse fordi en forutinntatt forventning ikke ble møtt. Hovedlinjene en trakk ut fra fokusgruppene er skissert under med følgende sitater som nødvendig dokumentasjon.

Mayakvinner og legetilfredshet.

Den økonomiske faktor som hindring

Flere av mayakvinnene mente det var for kostbart å dra til lege, for noen ble legebesøket en så stor utgift at de helst unngikk legeseksultasjoner eller sykehusopphold. Enkelte foreslo en reduksjon i konsultasjon og medisinskostnader for mayabefolkningen. Innsamling av penger til et sykt familiemedlem var for mange en stor økonomisk utfordring, ikke alltid kunne de betale en gitt behandling fra legen.

“..A nosotros nos exigieron a comprar 16 inyecciones de valor de Q.103.00 cada inyección y en las condiciones que nos encontrábamos pues solamente pudimos comprar 8 inyecciones de ese valor”

“..Vi anstrengte oss for å kunne betale 16 injeksjoner, hver av verdi 103.00 Quetzales. I den situasjonen som vi var i, hadde vi bare råd til å betale for 8 injeksjoner av en slik verdi.”

” Entonces uno tiene un poco de dinero entonces puede pagar un privado, se va, pero si no tienes dinero, hay caso que uno llega en eso, que ni los Q 20.00 tienes, y si su niño esta grave, ¿Qué vas a hacer?

”Hvis en har litt penger kan en betale og dra til privat lege. Har en derimot ikke penger, det er tilfeller hvor en ikke engang har 20.00 Q og et sykt barn, hva skal en da gjøre?”

”Tal ves que nos cobre menos tal ves así aunque uno es pobre con lo poquito que uno tiene uno lleva a sus hijos con ellos, para que se curen porque si uno no encuentra los Q.20.00 o Q.25.00 ni modo que se curen.”

”Kanskje de kan ta mindre betalt, selv om en er fattig kan en da bringe sitt barn til dem for å gjøre det friskt. Hvis en ikke finner 20-25 Q da kan en ikke kurere barnet.”

“..Yo la mera verdad casi no voy al doctor asi en panajachel o solola porque pienso pues aunque que a veces los niños se enferma yo pues por falta de dinero pues uno no puedo ir porque necesito mucho dinero y solo a veces nos vamos ahi al puesto pues”

“Jeg drar nesten aldri til lege her i Panajachel eller Solola, fordi jeg tenker at selv om barna blir syke, så har jeg ikke penger til å dra. En trenger mye penger, derfor er det få ganger jeg drar til helsestasjonen.”

Kostbare konsultasjoner ble også brukt mot legen som en dårlig egenskap, de ville heller la seg behandle hvor medisin og undersøkelser var billig. Dette var et argument som gikk igjen i flere av intervjuene.

”Así pienso porque si un doctor cobra caro y si no atiende bien eso se mira que es un mal doctor, lo que se necesita es que atiende bien a la gente y que no cobre tan caro que se diga solo.”

“Jeg tenker at dersom en lege tar mye betalt og hvis han ikke behandler deg bra, ser en at det er en dårlig doktor. Det en trenger er god behandling av folket og at de ikke tar så mye betalt.”

Også en opplevelse av mangel på ressurser og kompetanse gjorde at mayakvinnene var misfornøyde med legekonsultasjonen. Møte med stengte helsestasjoner og mangel på medisiner nevnes av flere.

“..Y no tenia ni un centavo y acudí al centro de salud y no esta nadie como tres cuatro veces pase buscando el centro de salud y no encontré y estaba cerrado y ese es el problema que tenemos que el centro de salud tiene que estar abierto para atender a las personas.”

”..Jeg hadde ikke et øre engang og søkte hjelp på legesenteret, der var det ingen. Jeg så ingen de tre gangene jeg gikk forbi, det var stengt. Dette er problemet vi opplever ved helsestasjonen, den burde være åpen for å ta imot menneskene”

Dårlig kommunikasjon og misforståelser mellom pasient og helsepersonell eller mangel på alminnelig respekt for pasienten?

Mayakvinnene snakket Kaqchiquel, mens legene som oftest var ladinos og snakket spansk. Dette skapte misforståelser og kommunikasjonsvansker. Ulik forståelse av hvordan legen praktiserte vestlig legevirksomhet bidro til misforståelser. Undersøkelsesmetoder ble feiltolket og rutiner med administrering av medisiner misforstått.

I tillegg ble ulike skrekkehistorier fra legebesøk fortalt i landsbyene og brukt som argumentasjon for ikke å oppsøke lege eller sykehus.

”Allá en el centro de salud, hacia una mujer que no sabia hablar en español, a la mujer le decía que haga este, y ella no lo hacia, el doctor se enojaba y regañaba a ella.”

”Ved helsestasjonen var det en kvinne som ikke kunne snakke spansk, de fortalte henne hva hun skulle gjøre, men hun forstod ingenting. Legen ble irritert og kjefte på henne.”

”Desde hoy, que fue hacer un examen y lo que quería desnudar, creo que eso no tiene que hacer un doctor, solo quiero ver un como es una mujer, no esta haciendo su trabajo como debe ser”

”Som i dag, da jeg dro (til legen) for å gjøre en undersøkelse, ønsket legen at jeg skulle kle av meg. En lege burde ikke gjøre slik, han ville bare se hvordan en kvinne så ut. Han gjør ikke sitt arbeidede slik han burde.”

”Llego mi esposo, yo le dije llorando, que aqui no le está dando medicina al nene, pero no entiende le dije, entonces él se levantó y dejo a decir a la enfermera, que estaba de turno ese dia, entonces le dijo, es mentira que hace su esposa, ya le dimos medicina, le dijeron, yo le dije no, ustedes no le han dado medicina, solo suero le han dado al nene.”

”Da kom min mann, jeg fortalte han gråtende at de ikke hadde gitt medisiner til barnet, enda jeg hadde sagt det til dem, de forsto ikke. Da reiste han seg og fortalte det til sykepleieren som var på jobb den dagen. Men de svarte han at hans kone løy, for de hadde gitt barnet medisiner. Min mann sa de bare hadde gitt han intravenøs væske, ikke medisiner.”

”.. hemos escuchado que en el hospital no atienden bien, y si uno lo lleva al hospital en vez de curarse se muere el enfermo es por eso que nosotros ya nos da pena, porque hay muchas personas cuentan que no atienden bien en vez de que uno se cura uno muere”

”..På sykehuset behandler de en ikke bra, har vi hørt. Hvis en bringes til sykehuset vil den syke dø i stedet for å bli frisk, det er derfor vi er redde, fordi det er flere som forteller oss at de ikke behandler en bra og at en heller dør enn å bli frisk.”

I noen av kvinnenenes fortellinger fremsto legen alene som årsak til dårlig behandling, blant annet ved forsøk på å misbruke en mayakvinne seksuelt på legekontoet. En annen lege unnlot å undersøke et sykt barn, andre tok seg ekstra betalt for legesamtaler ved et gratis sykehus. En kvinne som mistet barnet sitt under fødsel på sykehus opplevde at legene ikke fortalte henne om det døde barnet før dagen etter. Flere opplevde også å bli snakket stygt til eller kjeftet på av helsepersonell.

“..me examino y el me queria violar y entonces me de que si pues yo no lo entendia porque como no sabia que es eso entonces cuando yo me di cuenta de él ya se queria subir en la camilla donde me estaba examinando entonces le dije que ese examen ese? Le dije yo entonces él me dijo, no no es que me dijo la palabra que quería decir entonces le dije yo si usted se arrima mas a mi yo voy a gritar le dijo yo entonces me dijo vaya a gritar porque yo le voy dar muchas medicinas se va curar si usted me deja me dijo.”

“..Han undersøkte meg og ville forgripe seg på meg, jeg viste ikke hva det dreide seg om og tenkte at jeg ikke forstod. Når han ville stige opp i stolen hvor jeg satt forstod jeg og spurte legen hvilken undersøkelse dette var. Da han fortalte meg hva det ville si, sa jeg; om De kommer nærmere meg vill jeg skrike høyt. Bare skrik fordi jeg skal gi deg mange medisiner og du vil bli frisk om jeg får lov, svarte han meg.”

”..primero llevamos a un privado pero allá lo miraron que ya no puede curar, entonces nos mandaron en el IGSS, y fuimos allá y encontramos a ese doctor que es muy mala en su carácter, y nos dijo el niño estaba bien, y nosotros mirábamos que niño a cada parecía que iba, que se iba, entonces vino mi esposo que hizo el negocio de que se tiene que quedar, y el doctor decía que no, no quería que el niño, no lo examino, tal vez no era especialista para niños, por eso no miro cual era la situación del niño.”

”..Først tok vi barnet til en privat lege som så på barnet og sa han ikke kunne kurere det, han sendte oss til IGSS(sykehuset). Vi dro dit og møtte en lege som var meget ufin i sin karakter. Han sa at barnet var friskt, mens vi så at barnet ble dårligere og dårligere. Da min mann kom forhandlet han for å få barnet innlagt, men legen sa nei, han nektet og undersøkte ikke barnet. Kanskje han ikke var barnespesialist og ikke så hvilken situasjon barnet var i.”

“..No hay donde podes acudir, entonces mas que tienes que ir al hospital nacional, ahí se da cuenta pues que el hospital nacional se esta privatizando todas las cosas, no se como pero yo estoy viendo, ahora hace poco que he visto que el laboratorio de eses, de orina, de sangre, todo eso es pagado, antes no era así..”

“Det er ingen steder en kan dra, derfor må en dra til det nasjonale sykehuset, men en merker at nasjonalsykehuset privatiserer flere ting, jeg vet ikke hvordan, men jeg ser det. For litt siden så jeg at laboratorieundersøkelser med avføring, urin, blodprøver måtte betales. Før var det ikke slik.”

“..Yo cuando tenia un niño, que me murio, fijese que un doctor que atendio, solo me decia que lo tenia malo, pero no me decia dondé estaba o algo verdad.”

“..Jeg fikk et barn som døde. Tenk at doktoren som behandlet meg bare fortalte at jeg fødte et sykt barn, men ikke sannheten eller hvor det døde barnet var.”

”Cuando la nena lloraba el regañaba mucho y me decía , busque como haces a la niña hasta me dijo una palabra muy fuerte y durante esos días que yo estuve allí me sentí muy molesto.”

”Når barnet gråt kjeftet han på meg og sa, finn ut hvordan du passer på barnet i tillegg til et annet stygt ord. Jeg følte meg meget brydd de dagene jeg var der.”

Forventninger til behandling og medisinerings som ikke blir møtt.

Kvinnene opplevde at de ble overlatt til seg selv på sykehuset, de fikk ikke ha med seg mødre eller ektefeller under fødsler. Flere syntes generelt at medisinerings og behandling ikke var tilfredsstillende fordi legene ikke undersøkte eller tok noen prøver. Det oppsto situasjoner hvor familiemedlemmer i frustrasjon klagde til sykehusets sosialarbeider p.g.a. dårlig behandling av sine syke. Dette resulterte i at enkelte hentet familiemedlemmer hjem.

Kvinnene mente familien forstod pasientens behov og nødvendige behandling bedre enn legene. Som en motsetning hadde alle kvinnene generelle forventninger til at legen skulle bry

seg om og kurere dem dersom de ble syke. Dro de hjem uten diagnose med like sterke smerter, var de skuffet.

“..Yo pensé en ese rato que ya no encontraba que hacer, porque era sola porque no aceptaron que uno de mi familia se quedara conmigo, pero ni a mi esposo aceptaron quedarse conmigo nada, no aceptaron”

”I det øyeblikket viste jeg ikke hva jeg skulle gjøre, fordi jeg var alene. De tillot ingen i min familie å bli værende med meg, ikke min mann fikk være igjen, de nektet.

“..Pase con un doctor y me receto unas medicinas también y lo compre pero, o mas que todo no dan resultados las medicinas, que ellos recetan o porque nosotros no encontramos todo, no se, no se curan los niños llevando los allí”

”Jeg dro til doktoren og han skrev også ut noen medisiner til meg som jeg kjøpte, men fremfor alt gav ikke medisinen resultater. Hva de skriver ut, eller om vi ikke finner alt vet jeg ikke, barna blir ikke kurert om en bringer de dit.”

“..pero eso día, hasta que mi cuñado llevo, él decía que lo van a atender el paciente o se muere, o si no lo atiendan mejor que le dan de alta, y vamos a ir buscar otro lugar privado donde llevarlo, y ese doctor lo contesto mal a mi cuñado, y vino mi cuñado directamente, vino hablar con la trabajadora social.”

”Den dagen kom min bror, og sa at de måtte pleie pasienten ellers kom han til å dø, hvis de ikke behandlet han bedre kunne de skrive han ut og vi ville bringe han til et privat sted. Doktoren svarte broren min ufint, da dro min bror rett til sosialarbeideren for å snakke med henne.”

Kvinnene som var fornøyde med legebesøket opplevde god kommunikasjon og tilrettelegging. De hadde mer tillit til helsepersonell. For dem var god og omsorgsfull behandling av legen viktigere enn medisinenes effekt. Medfølelse og støtte med et klapp på skulderen ble altså verdsatt høyere enn et kurativt resultat. Positive erfaringer som kort ventetid, god oppfølging under fødsel, og at de fikk medisiner med god effekt uten å betale gjorde at barrieren for å vende tilbake ble mindre.

“..hay un doctor que lo conoce a mucho, aproximado unos 20 años, ese doctores si tiene gente porque ya lo conoce que es un bueno, ..La gente se acola con él, porque atienden bien y da medicina que si le da a la enfermedad, aunque es pagado, porque ahí no cobra mucho ese doctor.”

” Det er en lege som jeg har kjent lenge, nesten 20 år. Denne legen har flere pasienter fordi det er kjent at han er flink. Menneskene stiller seg i kø hos han fordi han behandler en bra og gir medisiner som virker mot sykdommen, selv om det koster penger, må en ikke betale mye hos denne legen.”

”..Si el doctor dice tenga paciencia mi hija, vas a curar y con toda amabilidad y acaricia un poco la espalda, uno se siente alegre, si es cierto, uno siente que encontró un alivio, dice que alivio, y con un poco de medicina que le dan a uno, ay, gracias aunque no es la medicina correcta que le dio, pero con la forma que él te trato.”

”Om legen sier; Vær tålmodig, min datter, du blir frisk. Og med vennlighet klapper en på ryggen, føler en seg glad, det er sikkert. En føler at en har fått hjelp. Med det lille av medisiner en får, takker en selv om det ikke er den riktige medisinen, men bare for måten legen behandlet deg på.”

“Casi donde mas yo pues voy por los niños en consulta es en el puesto, si el puesto gracias a Dios pues y me han dado medicina, cuando voy no se si tengo suerte o o depende no se, pero si casi siempre me han dado medicina”.

“Jeg går oftest til helsestasjonen for konsultasjon av barna, der har de, takk gud, alltid gitt meg medisiner. Når jeg drar dit, vet jeg ikke om det er p.g.a. flaks, men de har nesten alltid gitt meg medisiner.”

Kvinnene fikk spørsmål om de trodde menn ble behandlet forskjellig fra dem, og eventuelt på hvilken måte?

Flertallet av kvinnene mente menn og kvinner ble behandlet likt av legen, en kunne ane en viss lojalitet ovenfor sin egen rase. Kvinnene tok også her opp økonomi som årsak til at menn ikke fikk bedre behandling, men at de kunne stille sterkere fordi de behersket spansk bedre enn kvinnene og ble respektert høyere av ladinos. Selv om det var enighet i at menn led under like omstendigheter ved å være maya, ble det stilt spørsmål rundt mannlig dominans ovenfor kvinnene.

Kvinner versus menn

Tanker om at menn ble verdsatt høyere og oppfattet som mer kunnskapsrike av ladinos var en av årsakene til at de kunne oppnå bedre behandling. Mennene behersket også spansk bedre enn kvinnene. Ofte var det mennenes ansvar å reise til markedet for å sikre familiens økonomi, her kommuniserte de på spansk. Kvinnene mente at større spansk kunnskap gav mulighet for bedre kommunikasjon med legen.

” Porque tal vez piensan los ladinos que ellos tienen conocimientos, en cambio las mujeres a veces no tenemos conocimientos por eso nos hacen de menos así pienso yo.”

“Kanskje tenker ladinoene at de (mennene) har kunnskap, i motsetning har kvinnene av og til ikke kunnskaper derfor behandler de oss mindreverdige, slik tenker jeg.”

”Y los hombres más saben hablar en español, en cambio nosotras así las mujeres a algunas que no podemos hablar bien en español, uno dos o tres palabras le escucha el doctor y se van”
”Mennene snakker bedre spansk, mens det blant oss kvinner finnes noen som ikke snakker godt spansk, to-tre ord lytter legen til og drar sin vei.”

Menn slapp sjenanse i forhold til undersøkelse, i følge kvinnene var det lettere å forstå hverandre hvis lege og pasient var av samme kjønn. Kvinnene syntes undersøkelser utført av mannlig lege kunne være ubehagelig, de ble sky og skamfulle. Den kvinnelige underdanighet, som de ellers følte ble forsterket under konsultasjon med mannlig lege av ladinsk opphav, men der var en enighet i at menn kunne føle samme sjenanse og ubehag med kvinnelig sykepleier tilstede.

”En cambio los hombres también, no se dejen ante los doctores, por que el doctor es hombre, y el paciente es hombre y tiene conocimiento, se le viene rápido en la mente que quiere decirle al doctor y no se dejan ante el doctor.”

”I motsetning lar ikke mennene seg lure av doktoren, fordi doktoren og pasienten er mannlig kjenner en til hverandres problemer, slik kan mennene lettere fortelle doktoren hva de ønsker og ikke la seg lure.”

Lik behandling

De fleste kvinnene argumenterte altså for at menn og kvinner ble behandlet likt, blant annet fordi begge kjønn skulle bli oppfattet som mennesker og menn ble behandlet som hvem som helst andre.

”Si lo que yo doy a entender es de que, como humanos que somos los doctores tienen que tomar conciencia de atendernos igual”

”Slik jeg forstår det, mennesker som vi er, skal legene være bevisste på å behandle oss likt.”

Som unnskyldning for kvinnes kommunikasjonsvansker mente de at legene ikke var ansvarlige for forskjellsbehandling p.g.a. av manglende spanskkunnskaper, men at det var kvinnes ansvar å lære seg spansk. Kvinnene burde ikke bry seg med sjenanse eller være nervøse for undersøkelse, det gjorde bare at det ble vanskeligere for legen å finne ut hva som feilte dem. Med innsikt i sine begrensninger, mente kvinnene at de bedre kunne håndtere underdanighet ovenfor det motsatte kjønn og lettere forbedre sine svake sider.

Kvinner så på legen som så opptatt av penger at pasientens kjønn ikke spilte noe rolle for behandlingen. De rapporterte at menn betalte like mye som dem for prøver og konsultasjoner og ble på lik linje offer for å betale ekstra til fastlønnede leger ved sykehuset.

“mi esposo casi no se ha enfermado para llevarlo al hospital, solo una ves el se fue pero, con un doctor privado pero yo pienso tal ves, casi es igual el trato porque yo lo lleve allá pues, y no se curo de lo que el tenía y pagamos el examen y le pagamos al doctor y no se curo y lo regresamos aquí a la casa.”

”Mannen min har nesten aldri vært brakt til sykehus pga av sykdom, bare en gang dro han til privat lege. Jeg mener at behandlingen er lik fordi jeg ble med han til sykehuset, og han ble ikke frisk. Vi betalte for undersøkelsen og konsultasjonen, men han ble ikke frisk, så vi brakte han hjem igjen.”

”..Los hombre ahora se avergüenza cuando una doctora la que les atienden, y la mujer se avergüenza si un doctor lo atienden, así como en mi persona, yo si no me avergüenza, ..de todas manera yo quiero curarme con una doctora o un doctor, lo que yo quiero es me curo.”

”Mennene blir nervøse når en kvinnelig lege undersøker dem, og kvinnen blir nervøs når det er en mannlig lege som undersøker. I mitt tilfelle er jeg ikke nervøs, fremfor alt vil jeg bli frisk ved hjelp av en kvinnelig eller mannlig lege, det jeg ønsker er å bli kurert.”

Kvinnene om deres behandling i forhold til ladino befolkningen.

Intervjuene viste klart at kvinnene følte seg dårligere behandlet av legene enn ladinos.

Forskjell i ventetid på å komme inn til legen, nedprioritering i køen, de opplevde å bli gitt dårligere og mindre medisiner samt forskjellsbehandlet under sykehusoppholdet.

Gjennomgående var ønsket om lik behandling med den vennlighet de observerte mellom legene og ladinos. Mindreverdighetsfølelsen hos kvinnene kom frem ved kommentarer som at ladinos kunne gjøre hva de ville fordi de hadde penger, skolegang, høyere status og kjennskap til hverandre. I intervjuene ble talemåten et bevis på hierarkiet de følte ved alltid å benytte seg av høflighetsform i omtale av legen.

“..Si para mi pues, que nos tratara igual como tratan a los ladinos, que no tuviera diferencia entre ladinos y indigenas.”

“Vel, jeg ønsker, at de behandler oss som de behandler ladinos, at der ikke fantes forskjell mellom ladinos og maya.”

To av kvinnene mente forskjellsbehandlingen var i positiv forandring fordi de ved sammenligning med tidligere erfaringer nå ble prioritert og respektert ved et legekontor i hovedstaden.

Lojalitet innenfor samme rase

Begrunnelser for lojaliteten de observerte mellom ladinos var legenes dårlige samvittighet.

Legen kunne f. eks ikke snakke stygt til en pasient av ladino opprinnelse p.g.a. bekjentskap og fare for dårlig rykte. Observasjoner fra sykehus eller legekantor viste at legene hilste vennlig på ladinos, men ikke kastet et blikk på mayakvinnene. Lik rasetilhørighet og kultur gav i følge kvinnene grunnlag for bedre forståelse og behandling.

”Ellos le dan pena cuando atienden mal a un de su mismo entidad como ladino, se le da pena de que la atienden mal porque el paciente también tiene un nivel alto, o tiene idea, en cambio mira así una mujer indígena, le dice a ella no tiene un nivel alto o idea, podemos hacer lo que a nosotros no da la gana.”

”De får dårlig samvittighet når de ikke behandler en av samme rase bra, fordi pasienten har høyere status og mer kunnskap. I motsetning ser legene på en mayakvinne og sier; hun har ikke høy status eller gode kunnskaper, så med henne kan vi gjøre hva vi ønsker.”

”..Entre ellos tranquilamente se abrazan, en cambio uno como indígena que esta sentada ahí no te quieren”

”Mellom seg kan de hilse rolig på hverandre, men de liker ikke en mayakvinne som sitter der.”

”Es porque ellos son de la misma etnidad, como ladinos por eso los atienden bien.”

”Fordi ladinos er av samme rase, behandles de bra.”

Klasseskille

Kvinnene opplevde et klasseskille mellom seg og ladinos, både økonomisk og kunnskapsmessig. For ladinos var ikke språket et hinder og de ble beskrevet som renslige og velduftene. Dette var viktig når legen prioriterte hvem han skulle undersøke, for mayakvinnene som av og til luktet vondt eller hadde med skitne barn til legen, ble ikke undersøkt.

Leger kunne tro at mayakvinner verken viste eller kunne noe, slik kunne de lettere la seg forskjellsbehandle.

”..pienso los atiendan mejor por la clase de gente que son, por ladinos tal vez ellos pagan, o les pueden dar al doctor algún dinero a los doctores para que los traten bien”

”Jeg tenker at de behandler dem bedre pga av hvilke klasse mennesker de tilhører, for ladinos betaler og kan gi doktoren en pengesum for at han skal behandle dem bra.”

”..a veces hay mujeres que llevan a sus niños muy sucios, tal vez es por eso ellos no los examinan bien, porque yo así he visto también, que si hay diferencia, entre indígena y ladino.”

”Noen ganger bringer mayakvinner barna sine skitne til lege, kanskje er det derfor de ikke undersøker bra, for jeg har sett forskjell mellom mayakvinner og Ladinos.”

“..entre ellos como ladinos, bien se entienden, para explicarse bien, y son mas conocidos, por eso a los ladinos les dan mas medicinas y los atienden mas major.”

“ladinos forstår hverandre godt, de kan forklare seg og kjenner til hverandre. Derfor gir legene flere medisiner og behandler ladinoene bedre.

Fortrinnsrett

Ladinos kunne få avansert medisinsk behandling og ulike medisiner enn hva mayakvinnene fikk som behandling for samme sykdom. Besøk av familie på sykehuset utenom besøkstiden, og fortrinnsrett i køen på legekontoret ble snakket om. Under sykehusopphold ble ladinos tilbudt annen og bedre mat enn mayakvinner som lå på samme rom. I intervjuene kom det frem en følelse av maktesløshet hos kvinnene som stadig ble nedprioritert og forskjellsbehandlet. Ladinos prioritering på rangstigen kunne komme dem til gode på butikker, busser og offentlige kontorer, altså opplevde mayakvinnene dette som et generelt problem.

“..Si yo miro la diferencia entre indigenas y ladinos siempre nosotros las indigenas nos hechos de menos pues que, digamos vamos a una consulta dan numeros por ejemplo encontramos numero tres y llega, lo que es ladino digamos y le toca numero 9 y cuando nos damos cuenta, ellos primero entran que nosotros, los indigenas nosotros ya tardamos unos tres horas de estar esperando y ellos llegan al momento.., y de una vez, y cuando uno mira, ya sale con su medicina ahi, mientras que uno muriendose”

“Jeg ser forskjell mellom mayabefolkning og ladinos, de har alltid behandlet oss mindreverdige. La oss si en skal til legetime og trekker kølapp nr.3 og en ladino trekker nr.9, da ser en de ofte gå inn til konsultasjon før oss. Vi mayakvinner må vente nesten 3 timer, mens de kommer til legen på sekundet. Etter en liten stund kommer de ut med sine medisiner mens vi holder på å dø.”

“..estuve un mes allá en el hospital, habían operada a una enfermera, y yo lloraba y decía que cuando voy a salir de aquí cuando se me va a secar mi estomago y esa enfermera que la habían operada a ella hasta luz tenía, y le pusieron la luz allí en donde la habían operada, y hasta un aparato le pusieron para que se secara rápido la operación.”

“Jeg var en måned på sykehuset, der hadde de operert en sykepleier, jeg gråt og spurte når jeg kunne dra hjem og når operasjonssåret skulle gro. Sykepleieren som hadde blitt operert, fikk lys og til og med et annet apparat på operasjonssåret for at operasjonssåret skulle gro raskere.”

”Pues yo he visto muchas cosas de eso en el hospital, por que tengo 5 hijos 5 veces ha visitado el hospital, y allí es cierto o piensa mucho pues de que allí atienden muy diferente, en horas de visita si dan lugar a todos y después que no es hora de visita, a los ladinos si les dan

permiso, y así vi. en las noches, llegan muchas personas ladinas y les dan permiso que entren y le dan permiso para pasar cualquier cosa, pero así como nosotros los indígenas si uno quiere una cosa le dicen que hasta mañana.”

”Jeg har sett flere episoder på sykehuset fordi jeg har 5 barn og har derfor vært på sykehuset 5 ganger. Det er sant, og jeg tror at de behandler folk forskjellig. I besøkstiden gir de alle muligheten til å komme, når besøkstiden er over, gir de fremdeles ladinos tillatelse. Dette så jeg i løpet av nettene, da kom det flere ladinos som fikk tillatelse til å komme inn, de fikk også bringe med seg saker. Men om vi trengte noe, ble vi fortalt at det måtte vente til i morgen.”

”..Había una compañera que era ladina allá le dieron buena comida porque las dos tuvimos a nuestros hijos y a mi me dieron diferentes comida.”

“Jeg delte rom med en ladinokvinne, hun gav de god mat. Vi hadde begge født, men jeg fikk en annen mat.”

” Si uno va en camioneta y si hay hombres sentados y si entra una mujer ladina, a ellos hasta se levantan para que ellas se sienten, pero con nosotros no es así como miran que nosotros somos indígenas ni siquiera le dicen a uno que se siente.”

”Om en reiser med bussen og en ladinokvinne kommer inn mens det sitter menn der, reiser de seg for at hun skal få sette seg, men med oss, som de ser er mayakvinner, spør de ikke en gang om vi vil sitte.”

Neste spørsmål var; hva karakteriserer en god lege?

Den menneskelige siden av legen ble etterlyst av alle kvinnene, det var viktig for dem at legen viste empati og forståelse for at de hadde tatt med sitt problem til legen. Etter lange tider med undertrykkelse og traumer fra perioder med borgerkrig kunne det være vanskelig for kvinnene å snakke åpent om sine problemer, mange kvinner ønsket derfor tålmodighet og tillit fra legen. De mente at gode undersøkelser og prøver var viktig for å stille riktig diagnose og deretter få rett medisin. Forståelse for den enkeltes utredning ble aldri nevnt, derfor vet en ikke om kvinnene hadde en oppfatning av praktisering av vestlig medisin. De ønsket like rettigheter og tilgang til lik behandling som Ladinos, helst ønsket de at legene undersøkte dem med moderne apparater.

“Hay doctores que son muy buenos, el usa los aparatos para examinar a uno donde a uno le duele, o donde uno le dice”.

”Det finnes leger som er meget flinke, de bruker instrumenter for å undersøke pasienten der de har vondt, eller hvor en forteller at en har vondt.”

Kvinnernes følelse av å være undertrykt i samfunnet skinte gjennom når de beskrev den gode leges kommunikasjonsferdigheter. De ønsket oppmerksomhet med en gang de ankom.

Legen burde tilby pasienten en stol hvor en kunne sitte. Det var viktig å spørre kvinnen hva som var galt, her ante en også mistillit til legen og vanskelighet med å åpne samtalen. Det å bli lyttet til, og nødvendigheten av at deres ord ble hørt, ble nevnt av flere. Språkbarrieren kunne lettes om legen snakket vennlig, sakte og tok imot spørsmål. Dersom de hadde oppnådd samme behandling fra legen som ladinos ville de bli fornøyde.

“Yo opino es de que para hacer un buen doctor pues y lo que se necesita es la amabilidad tener un carácter amable comprensivo y que atiende bien a las personas y que los escuchen también a las personas”

“For å være en god lege mener jeg at det er viktig å ha en vennlig og forståelsesfull karakter som behandler personen bra og lytter til dem.”

Kvinnene hadde også meninger om hvordan legen skulle praktisere sitt yrke. De hadde dannet seg en forventning til hva vestlige medisinerer sto for. Det å bære legefrakk, ha utdanning og kunne behandle kvinner var en selvfølge. Samtidig var det viktig at de undersøkte pasienten, gav medisiner og ikke forlangte ekstra betaling.

” Pienso que un doctor como su presentación tiene que tener su traje de doctor, porque el traje del doctor es diferente con el enfermero, con un enfermero simplemente le toman su pulso y ya fuera, con un doctor es diferente si tiene su traje uno le tiene mas confianza.

”Jeg tenker, at en som presenterer seg som lege må ha legefrakk, slik ser en forskjell fra sykepleierne som bare tar puls og sender en ut. En merker forskjell på leger, hvis han bærer frakk, får en mer tillitt.”

Generelt kunne en si at kvinnene hadde et noe anstrengt forhold til legen og den legevitenskap han representerte. Om dette var i forandring var vanskelig å si. I møtet med legen sto de ovenfor flere utfordringer pga ulik kultur, forskjellig språk og en negativ forutinntatthet.

Diskusjon

I en artikkel publisert i 2005 vises det til hvor viktig det er å behandle pasienter med respekt for å oppnå større pasient tilfredshet. Studien inkluderte hvite, Afroamerikanere, Latinamerikanere og Asiater. Personer som ble behandlet med respekt rapporterte høyere tilfredshet (16).

Når mayakvinnene i fokusgruppene fortalte hva de så i en god lege var det egenskaper som høflighet, forståelse og empati, samt være interessert i og lytte til det budskap pasienten kom med. De ønsket ingen rasediskriminering eller nedlatende holdning til sin identitet som maya. Dette var mellommenneskelige egenskaper som skal til for å skape en god dialog.

For mange mayakvinner dreier tanken om legetilfredshet og kvalitet på omsorg seg ikke bare om opplevelser fra fødsler, svangerskap og evaluering av sykehusrutiner, men må ses i sammenheng med deres sosiale og politiske bakgrunn (5).

På grunn av sin kultur og sine verdier er det å bli etterlatt alene for mange mayakvinner nærmest ulevelig. Det oppfattes også som et nederlag å bli nektet mat og drikke når de er syke, eller ikke få bestemme hvilken undersøkelse de ønsker (5).

Når hverdagen består av konstant omgang med venner og familie, spise for å få energi når en er syk og pasienten og deres familier som regel har sine egne behandlingsplaner blir møtet med vestlig medisin vanskelig. Mye av dette er bakenforliggende årsaker til at kvinnene føler legene ”no me atenden bien”, ”ikke behandler meg bra” (5).

Mayakvinner og leger har begge sine menneskelige sider og egenskaper, men de har vanskeligheter med å forstå hverandres kultur (5). En har ønsket å finne ut om kvinnes oppfatning av legebesøk beror på misforståelser eller om det ligger en problematisk holdning fra legenes side til mayaene enten fordi de er kvinner, mayaer, eller om legen generelt behandler menneskene med liten respekt.

Flere av kvinnene omtalte språkproblemer, økonomiske vansker med å betale konsultasjon og medikamenter, besøk - og drikke forbud på sykehus og lang ventetid som negative momenter. Pasienter skrev seg selv eller familiemedlemmer ut fra sykehuset dersom de ikke oppnådde ønsket behandling. Ifølge Barry vet de ikke at så snart en er tatt imot av en sykepleier i akuttmottaket er de videreformidlet til legen og satt i kø (5).

Disse momentene kunne skyldes ulik kulturbakgrunn og misforståelse av vestlig medisin og dets praktisering.

Nedlatende tale, kjefting, ikke få sitt syke barn undersøkt, følelser av å bli oversett og diskriminert eller seksuelt overgrep på en kvinne talte derimot for respektløs behandling fra

legen. Slike betrouelser fra kvinnene vekker skepsis til legenes etiske standard og den plikt som følger med legetyrket til å respektere alle pasienter uansett bakgrunn.

Fra året 1997 til 1999 ble det av Larry Purnell gjennomført en kvalitativ studie av ladinos i Guatemala (17).

I artikkelen svarte ladinos blant annet på hvilken måte de mente leger og sykepleier ikke viste dem respekt. Kommentarer som - ”spørsmålene er forvirrende”, ”blir sint når jeg stiller doktoren spørsmål”, ”kritiserer pasientens tilstand” eller ”har ingen tilstedeværelse”, ”behandler meg dårlig under undersøkelse”, ”lytter ikke” og ”hilser ikke på meg når jeg kommer inn” finner en igjen hos mayakvinnene.

Hendelser som overgrep, å bli nektet undersøkelse av sitt syke barn eller feilmedisinering ble ikke nevnt av ladinos i Purnells artikkel. Med dette stiller en spørsmål rundt vår forskning, særlig om mayakvinnene opplevde direkte diskriminering p.g.a. rase eller kjønn.

En subjektiv følelse fra mayakvinnene av å bli oversett eller snakket nedtalende til trengte ikke være en bevisst handling fra legen.

David R Levy skriver at rasisme kan utløse følelser som sinne og mistillit, passivitet og aggresjon men også en fortvilelse og negativ påvirkning av selvbilde til personer (18).

Flere av kvinnene brukte økonomiske grunner som årsak til at de ikke oppsøkte lege, men enda flere var bekymret for ikke å bli behandlet eller sett på som et likeverdig menneske av legen. Her gjenspeiles noe av den frykten og mindreverdigfølelsen som Levy mener er langtidseffektene etter en slik undertrykking mayakvinnene har opplevd.

Når det gjaldt forskjeller mellom kvinner og menn mente de fleste at menn og kvinner ble behandlet likt av legen. Lik økonomisk status og rase overskygget urettferdigheter som bedre spanskkunnskaper hos menn og den kvinnelige underdanighet de følte under konsultasjon. En ante her en lojalitet innenfor egen rase som mayabefolkning. De så på seg og sine som et folk, underdanige og fattigere enn ladinos. Legene ble beskrevet som mer opptatt av pengene enn pasientens kjønn.

Etnisk identitet i seg selv har ikke direkte vist å ha sammenheng med helse, men raseidealiserings i form av rasisme og diskriminering av etnisk folk har klar sammenheng med helse.

Forskning gjort rundt karibiske, asiatiske og afrikanske folkegrupper som lever i Storbritania (19). Denne tendensen så en også i vår analyse.

Helsetilstanden deres kunne påvirkes fordi kvinnene heller unngikk å oppsøke lege i frykt for å bli dårlig behandlet eller avvist. Deres posisjon ble ikke bare formet av ladinobefolkningen, men også av deres egne begrensninger og underdanighet. Samtidig ufarliggjorde de den mannlige dominans innenfor egen rase.

Overraskende så en 4 kvinner som var bevisste på nødvendigheten av forandring, en passiv aksept på sin klassetilhørighet er kanskje i forandring. Noen av kvinnene gjorde opprør mot sykehusets sosialarbeidere for å klage på dårlig behandling, andre foreslo å samle en gruppe kvinner for å skaffe lege til landsbygden eller utdanne egne barn for å rekruttere leger av mayaopprinnelse.

En tendens vist i tidligere forskning er likevel at kvinnene gjør seg opp meninger etter andres skrekkhistorier (5), den mistilliten de hadde p.g.a. generell undertrykking i Guatemalas samfunn ble forsterket gjennom andres negative erfaringer. Dette kunne også føre til at færre kvinner oppsøkte helsehjelp og dermed utvikling i negativ retning. Fra tidligere visste en at mayakvinner oppsøker sykehus og privatklinikker sjeldnere enn kvinner fra ladinobefolkningen, blant annet p.g.a. mangel på tillit (1).

Leger bruker bedre tid og gir flere forklaringer til pasienter som virker mer intelligent og høyere utdannet. Dette med det paradoksale resultat hvor pasienter med størst behov for informasjon mottar minst (20).

Kvinnene i våre fokusgrupper hadde fra ingen til 6 års grunnskoleutdannelse.

Slik kunne en danne seg et bilde av mayakvinnene med mindreverdighetsfølelse ovenfor legen som etnisk rase og legeyrket som representerer noe fremmed og uforståelig. En unnlot å opplyse mayakvinner om det vestlige medisinske system, eksempler fra analysen var kvinner som ikke fikk stilt spørsmål eller fikk medisiner uten forklaring på hva som var galt.

Slik ble det ikke bygget bro mellom rasene eller tradisjonell og vestlig medisin, heller større barriere ved at kvinnene trodde på historier og ikke forklaringene bak dem.

En kan gå tilbake til 1950 årene og en finner forskning rundt problemstillingen vestlig medisin i møtet med tradisjonell medisin i Guatemala (13).

Siden dette har det vært gjennomført en rekke prosjekter som utdanning av ufaglærte jordmødre for å redusere mødredødelighet (10), forsøk på å bruke naturfenomener og metaforer for å forklare to kulturers forskjellige måte å behandle dehydrering på, og plassering av helsestasjoner i områder for best mulig utnyttelse (21). Det er beskrevet nødvendigheten av å forbedre dårlige utstyrte helsestasjoner med lite utdannet personell slik at det motiverer innfødte til å benytte seg av helsetilbudene som gis innenfor vestlig medisin (11).

Et problem for pasienter er at leger og sykepleiere ikke praktiserer korrekt moderne medisin, p.g.a. mangel på utdanning, instrumenter og medikasjon. Ofte blir tradisjonell medisin angrepet fordi det ligger en usikkerhet i moderne medisin bak (21).

Ut fra kvinnenes synspunkter kom det frem at deres legetilfredshet ble påvirket av stengte helsestasjoner, dårlig tilgang på medisiner og leger som verken undersøkte eller tok prøver. Liten tilgang på ressurser til utstyr og personell fikk kvinner til å søke direkte hjelp hos apotekere, der medisin var lettere tilgjengelig og en unngikk lang ventetid og stengte dører. Med få hjelpemidler og en utdanning i vestlig, ikke tradisjonell medisin, kan en forestille seg at legenes møte med mayabefolkningen også ble vanskelig for dem.

Opphavet til flere utviklingsprogram og medisinsk opplæring i u-land stammer fra vestlige verdier og målsetninger, holdningene er gjerne ”Vi vet hva helse er og vi skal hjelpe dem å oppnå dette om de vil eller ikke”(13). For å forbedre kommunikasjon mellom utøvende medisinerere i land hvor moderne og tradisjonell medisin eksisterer mener noen forskere derfor det er bortkastet tid å fjerne tradisjonelle metoder som er praktiske (21).

Et prosjekt som startet i Huehuetenango, Guatemala i 2000 ved navn Casa Materna har tatt noe av det JW Bastien (21) sier til etterretning. Det ble opprettet et helsesenter med tjenester for gravide, fødende og kvinner i barsel, hvor deres egne tradisjoner fikk komme innenfor ”sykehusdørene”. Her følte kvinnene seg behandlet med verdighet fordi de kunne bære egne klær mens de ventet på å føde. Familiemedlemmer ble oppfordret til å være tilstede under fødselen og bringe mat som fristet sin kjære. Ansatte gav psykisk støtte til kvinner med dårlige opplevelser fra sykehus og fødsler (22).

Ut fra vårt resultat var legens viktigste egenskaper å behandle pasientene likt uavhengig av rase, ha en tilstedeværelse under konsultasjonen ved å lytte til kvinnenens bekymring og svare på spørsmål. Det ble fokusert på medmenneskelige egenskaper.

I tillegg så en tendens til kritikk av leger som gav for dyre medisiner uten effekt.

Kvinnene ønsket undersøkelser og bruk av instrumenter innenfor vestlig medisin og ytret bekymring for at de ikke på lik linje som ladinos fikk benytte seg av tilbudene. Ved siden av bekymringen de rettet til ivaretagelse av seg og sine ved sykehus og helsestasjoner, fant en flere eksempler hvor de ønsket spesialist behandling. De etterstrebet en kombinasjon av egne tradisjoner og verdier med vestlig medisinsk spesialkompetanse.

Deres største hinder var økonomi, skepsis til legene som følge av en mindreverdighetsfølelse, og forskjellsbehandling i forhold til ladinos.

Vurdering av styrker og svakheter ved denne undersøkelse:

En kvalitativ studies forskningsstrategier er å belyse karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener en vil studere. Dette brukes for å se etter forandringer og tendenser i samfunnet (23).

For å få et representativt materiale er det samlet kvinner fra to forskjellige landsbyer med alder, sivil status, økonomi og kulturell tilhørighet en finner generelt for flere landsbyer i Guatemala. Kvinnene følte frihet til å snakke ærlig under intervjuene da det ikke var menn eller fremmede tilstede, samt de kommuniserte på eget morsmål. En ser av resultatene at kvinnene har delt intime og nære historier med hverandre og forskerne, noe gir et autentisk forskningsmateriale.

En svakhet er imidlertid at mayakvinnene bare belyser pasientens side av helsetilstanden i Guatemala, da en ikke har intervjuet leger eller helsepersonell ved de aktuelle helseinstitusjonene.

Bruk av generelle intervjuer og fokusgrupper for å belyse kvalitet av medisinsk behandling kan være mangelfullt og utilstrekkelig, dette fordi metodene går ut ifra at de som blir intervjuet kan skille mellom egne ideer av adekvat behandling og de gitt av helsevesenet, ikke bygge egne erfaringer på rykter fra andre (5).

Det vil være diskusjoner rundt en slik forskningsmetode, men det er viktig at kvinnenens synspunkt blir hørt, slik får en innsyn i den tradisjonelle tankemåte. Med dette kan en gradvis forstå hvordan en kan komme videre i møtet mellom vestlig og tradisjonell kultur og medisin.

Når en arbeider med et prosjekt som har som mål å skape fordeler for et menneske, vil det være hensiktsmessig for antropologer å spørre om kunnskapen en lærer bort etter hvert blir godt innarbeidet, ikke om mottaker virkelig ønsket den (13). Denne studien derimot taler mayakvinnerenes stemme.

Konklusjon

Mayakvinnerenes dårlige økonomi ble en unnskyldning for ikke å oppsøke lege, samtidig en reel hindring for mange. De ønsket sterkt å benytte seg av dagens vestlige medisin og legenes spesialist kunnskaper, men en skepsis til at de ikke ville bli behandlet med respekt og verdighet hindret dem i å ha full tillit til helsevesenet. Bak sin tradisjonelle klesdrakt og sine dårlige spansk kunnskaper satt en mindreverdighetsfølelse i forhold til ladinos. Kvinnene kritiserte legen og helsevesenet fordi de bidro til å forsterke disse følelsene. Mayakvinnerenes vane med å tro på andres skrekkhistorier fra sykehusbesøk (5), ble bekreftet gjennom vår studie. Alle kunne referere til en selvopplevd eller slektnings historie om en negativ opplevelse fra helsevesenet. De fleste kvinnene syntes menn ble behandlet på lik linje med dem selv, enten det var ved helsestasjoner eller sykehus. En ante en viss lojalitet ovenfor mayabefolkningen når de svarte på dette spørsmålet.

Dog så en tendens til optimisme når mange av kvinnene rapporterte sitt forrige legebesøk som positivt. Flere var også bevisste på nødvendigheten av forandring, en passiv aksept på sin klassetilhørighet er kanskje i forandring.

Møtet mellom vestlig og tradisjonell kultur har enda et langt skritt å gå. Som Nicole Berry sier i sin artikkel, ” På tross av fredsavtalen som ble undertegnet i 1996, etter dekadere med borgerkrig, skjer forandringene i Guatemala på sitt beste, sakte” (5).

Hva vet en allerede omkring dette tema:

- Andres skrekkhistorier skaper mistillit til sykehus og legekantor hos Mayakvinner, men når de selv møter helsepersonell i forbindelse med innleggelser ble deres synspunkt på legetilfredshet endret (5).
- Mayabefolkningens hjelpeløse følelse av ikke å kunne bestemme om de har rett til helseundersøkelser ved sykehus skaper frustrasjon (5).
- Politisk og kulturell bakgrunn hos mayabefolkningen ser ut til å være viktig årsak til misforståelser innenfor vestlig medisin (5).
- For mayabefolkningen er økonomi et hinder for å benytte seg av helsetilbud og medisiner (5, 24).

Hva bidrar denne studien med:

- Mange av Mayakvinner refererte til sitt forrige legebesøk som en positiv erfaring.
- Omtrent alle kvinnene kunne fortelle om en tidligere dårlig opplevelse, enten selvopplevd eller erfart gjennom familiemedlemmer.
- Mayakvinner mener menn behandles av leger på lik linje med dem selv.
- Mayakvinner føler seg generelt dårligere behandlet i helsevesenet enn Ladinos.
- En kunne ane en optimisme blant noen av kvinnene, et ønske om å forandre utviklingen ved å danne kvinnegruppe og utdanne egne barn til leger.

Referanser

1. De Broe S. Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala. *Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31(3):199-205.
2. Steele D, Psacharopoulos G, Patrinos HA et al. Indigenous people and poverty in Latin America: An empirical Analysis 1994; pp: 195-140.
3. World Bank Report No 24221-Gu. Poverty in Guatemala 2003; pp 181.
4. Carmac, Norman. *Harvest of Violence*. University of Oklahoma Press 1988.
5. Berry NS. Who's judging the quality of care? Indigenous Maya and the problem of "not being attended". *Medical Anthropology* 2008; 27:2,164-189.
6. Gleit DA, Goldman N. Understanding Ethnic Variation in Pregnancy-related Care in Rural Guatemala. *Ethn and Health* 2000; 5(1):5-22.
7. Kwast BE. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 48 Suppl 1995; S67-S82.
8. Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá/ Proyecto Estado de la Región. 2003; PNUD pp 444. table 9.17 pg 398.
9. Schreiber B, Delgado H. An Intervention to Reduce Maternal and Neonatal Mortality. INCAP Publication 1993; M1-003.
10. O'Rourke K. The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 48 Suppl. 1995; S95-S102.
11. Sheldon A. Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. 1981; *Soc.Sci & Med*. Vol. 15D. pp 515-523.
12. Roost M. A qualitative study of conceptions and attitude regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala.
13. Barret B. Identity, Ideology and Inequality: Methodologies in medical anthropology, Guatemala 1950-1995. *Soc. Sci. Med*. 1997; Vol 44, No 5, pp. 579-587.
14. Census 2002-2003 Guatemala, CD med data som tilhører Nils Kolstrup.
15. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups, A practical Guide for applied Research*, 3rd edition, Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, California, 2000; pp. 132-137.
16. Beach MC. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? 2005; 3:331-338.
17. Purnell L. Guatemalan's practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. 2001; Vol.12 No1, pp. 40-47.
18. Levy D. White doctors and black patients: Influence of race on the doctor-patient relationship. *Pediatrics* 1985; vol.75 No.4 pp. 639-643.

19. Karlsen S, Nazroo J. Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Sociology of health & Illness* 2002; Vol. 24 No 1 pp.1-20.
20. Korsch MB, Gozzi EK, Franzis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968; pp. 42-855.
21. Bastien JW. Cross-cultural communication between doctors and peasants in Bolovia. *Soc. Sci. Med.* 1987; Vol. 24. No. 12. pp. 1109-1118.
22. Schooley J, Mundt C, Wagner P et al. Factors influencing health care-seeking behaviours among Mayan women in Guatemala. *Midwifery* 2007.
23. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 2004.
24. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex* 2007; vol. 49, No. 2 pp. 86-93.

